

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DE L'INFORMATION
ET DES STATISTIQUES SANITAIRES**

.....

DIRECTION DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

Evaluation de l'implication des agents de santé communautaires dans la prise en charge à domicile du paludisme simple avec les nouveaux médicaments antipaludiques au niveau de trois districts au Burkina Faso



Rapport provisoire

Investigateur principal : Bocar A. KOUYATE, MD, MPH, PhD

Assistants de recherche : Salimata KI, MPH

Amadou DOMBOE, MPH

Mars 2013

TABLE DES MATIERES

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| MINISTERE DE LA SANTE | BURKINA FASO | 0 |
| DEFINITION DES SIGLES ET ABREVIATION..... | | III |
| I. CONTEXTE/JUSTIFICATION DU PROJET ET DE SON EVALUATION..... | | 1 |
| 1.1.1. | Les objectifs du projet | 2 |
| 1.1.2. | Les cibles du projet..... | 2 |
| 1.1.3. | La zone et la période d'intervention du projet..... | 3 |
| 1.1.4. | Les résultats attendus du projet | 3 |
| II. LOGIQUE D'INTERVENTION | | 3 |
| III. ACTEURS ET LEUR INTERET VIS-A-VIS DE L'EVALUATION | | 5 |
| IV. 6 | | |
| V. OBJECTIFS DE L'EVALUATION | | 6 |
| VI. METHODOLOGIE..... | | 6 |
| 5.1. | Population cible..... | 6 |
| 5.2. | Echantillonnage | 6 |
| 5.3. | Echantillon..... | 7 |
| 5.4. | Considérations éthiques..... | 7 |
| 5.5. | Techniques de collecte, outils de collecte, sources de données, types de données et méthodes d'analyse..... | 10 |
| VII. RESULTAS DE L'EVALUATION | | 12 |
| 6.1 | Profil des enquêtés..... | 12 |
| 6.1.1 | Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés | 12 |
| 6.1.2 | Parmi les répondants, 35 étaient de sexe masculin contre 31 de sexe féminin. Leur âge variait entre 27 et 75 ans avec une moyenne de 45,39 ans. La plupart d'entre eux était en union. Caractéristiques socioéconomiques des enquêtés..... | 12 |
| 6.2 | Activités réalisées dans le cadre du projet..... | 12 |
| 6.2.1 | Formation | 13 |
| 6.2.2 | Supervisions | 13 |
| 6.2.3 | Distribution des documents guide de la PECADO du paludisme simple..... | 13 |
| 6.2.4 | Approvisionnement des ASC en ACT..... | 14 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2.5 | Prise en charge des cas de paludisme simple | 14 |
| 6.2.6 | Système d'information sanitaire..... | 14 |
| 6.3 | Niveau de mise en œuvre des interventions et qualité des services | 15 |
| 6.3.1 | Niveau de mise en œuvre des interventions | 15 |
| 6.3.2 | Qualité des services | 15 |
| 6.4 | Nos résultats indiquent également des ruptures récurrentes en ACT chez les agents de santé communautaires. Ces ruptures, compromettent sérieusement la prise en charge des cas. Effets du projet | 16 |
| 6.4.1 | Nombre d'enfants pris en charge..... | 16 |
| 6.4.2 | La perception des acteurs sur la PECADO du paludisme simple..... | 16 |
| VIII. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET / DISCUSSION..... | | 17 |
| 7.1 | Difficultés d'ordre général | 17 |
| 7.2 | Difficultés liées au projet..... | 17 |
| IX. RECOMMANDATIONS..... | | 18 |
| 8.1 | A l'endroit des responsables du projet | 18 |
| 8.2 | A l'endroit de l'équipe cadre du district..... | 18 |
| CONCLUSION..... | | 19 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | | 20 |
| | MINISTERE DE LA SANTE. (2011). <i>Annuaire statistiques 2010</i>. Ouagadougou, DGISS, 192p | |
| | | 20 |

DEFINITION DES SIGLES ET ABREVIATION

ACT: Combinaison thérapeutique à base d'arthémisinine

AFrEA : Association africaine d'évaluation

ASC : Agent de santé communautaire

ASV : Agent de santé villageois

AV : Accoucheuse villageoise

BF : Burkina Faso

COGES : Comité de gestion

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DGISS : Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires

DRS : Direction régionale de la santé

DS : District sanitaire

EDS : Enquête démographique et de santé

ICP : Infirmier chef de poste

MCD : Médecin chef de district

MEF : Ministère de l'économie et des finances

MEG : Médicament essentiel générique

MILDA : Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

MS : Ministère de la santé

OBCE : Organisation à base communautaire d'exécution

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PECADO : Prise en charge à domicile

PEP : Préparateur d'Etat en pharmacie

PNLP : Programme nationale de lutte contre le paludisme

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

I. CONTEXTE/JUSTIFICATION DU PROJET ET DE SON EVALUATION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que deux milliards d'individus soit 40% de la population mondiale sont exposés au paludisme (Roll Back Malaria, 2005). On dénombre chaque année dans le monde plus de 300 millions de cas de paludisme et cette maladie est responsable chaque année d'au moins un million de décès, soit 3 000 décès par jour (Gorian, 2003).

L'Afrique est de loin, le continent le plus touché avec 90% des cas de paludisme recensés. Dans ce continent, il tue un enfant toutes les 30 secondes. Le paludisme contribue au maintien d'une mortalité infantile et d'une mortalité maternelle élevées, à l'absentéisme scolaire et à la faible productivité (Roll Back Malaria, 2006).

Au Burkina Faso, selon les statistiques de 2010 du ministère de la santé, 3 790 238 cas de paludisme ont été notifiés par les formations sanitaires, dont 346 884 cas graves et 7857 décès. Ces cas représentent par rapport aux autres maladies, 43,8% des motifs de consultation, 60,6 % des motifs d'hospitalisation et 40,4 % des décès (MS/DGISS, 2010).

Face à cette situation, le Burkina Faso a souscrit à diverses initiatives de lutte contre le paludisme: l'initiative « Faire reculer le paludisme », la Déclaration d'Abuja et les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à travers sa cible N° 8 qui vise à maîtriser d'ici 2015 le paludisme et d'autres maladies. Ces engagements ont révolutionné la lutte à travers l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et à domicile, la prévention par la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la chimio-prophylaxie chez la femme enceinte (MEF/EDS/BFIII, 2003).

Au vu de ces stratégies et l'introduction des ACT pour remplacer la chloroquine, l'équipe de « facilitation de l'utilisation des preuves scientifiques pour la prise de décision » a proposé à la suite de l'élaboration de la note de politique sur le thème « Soutenir le passage à l'échelle de l'utilisation des ACT pour le traitement du paludisme simple à *P. falciparum* au Burkina Faso », l'option politique "**engager et motiver les agents de santé communautaires dans la prise en charge du paludisme simple à domicile**". Cette stratégie consiste à renforcer les compétences des agents de santé communautaires et de les doter en ACT afin qu'ils puissent prendre en charge dans leur localité les cas de paludisme simple avec des ACT.

Cette option a été retenue par les responsables du ministère de la santé et mise en œuvre dans trois districts pilotes comme projet.

1.1.1. Les objectifs du projet

L'option de politique "engager et motiver les agents de santé communautaires dans la prise en charge du paludisme simple à domicile" a pour objectif général d'assurer la prise en charge correcte avec les ACT des cas de paludisme simple au niveau communautaire.

Plus spécifiquement la stratégie vise les objectifs suivants :

- Acquérir des ACT pour les agents de santé communautaires ;
- Former 660 agents de santé communautaires sur la nouvelle politique de traitement du paludisme simple au Burkina Faso ;
- Former les infirmiers chefs de poste sur la prise en charge communautaire du paludisme simple ;
- Doter les ASC et les infirmiers chefs de poste en manuels de formation sur la nouvelle politique de prise en charge du paludisme au Burkina Faso.

1.1.2. Les cibles du projet

Les bénéficiaires de cette intervention sont : les infirmiers chefs de poste (ICP), les agents de santé villageois (ASV), les accoucheuses villageoises (AV) et les enfants de moins de cinq (05) ans.

1.1.3. La zone et la période d'intervention du projet

La stratégie de prise en charge du paludisme simple à domicile à été expérimentée dans trois (03) districts du Burkina Faso. Ce sont les districts sanitaires de Kaya, Nouna et Saponé, pour une durée d'un an (en 2009).

1.1.4. Les résultats attendus du projet

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

- Les agents de santé communautaires dans les trois districts pilotes ont été formés sur la nouvelle politique de traitement du paludisme simple au Burkina Faso ;
- Les infirmiers chefs de poste des trois districts pilotes ont été formés sur la prise en charge communautaire du paludisme simple ;
- Les ASC et les infirmiers chefs de poste des trois districts pilotes ont été dotés en manuels de formation sur la nouvelle politique de prise en charge du paludisme au Burkina Faso ;
- Les agents de santé communautaires des trois districts pilotes ont été régulièrement approvisionnés en ACT ;
- Les cas de paludisme simple sont correctement pris en charge au niveau communautaire dans les trois districts d'intervention.

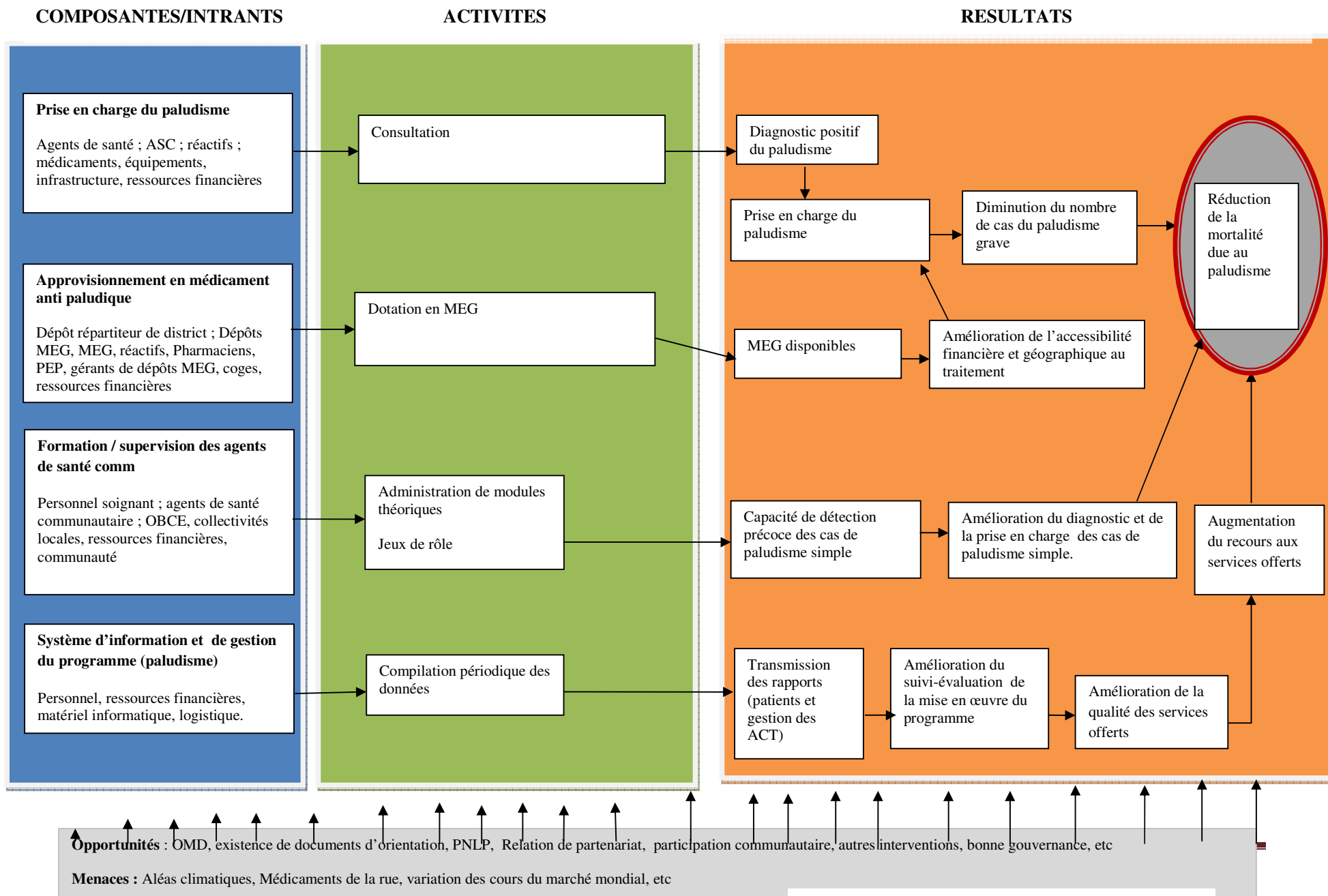
II. LOGIQUE D'INTERVENTION

Le projet se décline en quatre (04) dimensions :

- La prise en charge des cas de paludisme simple ;
- L'approvisionnement et la gestion des intrants (ACT) ;
- Formation et supervision des agents de santé communautaires ;
- Le système d'information et de gestion du programme.

Le modèle logique de l'intervention est représenté par le schéma ci-dessous. Des quatre composantes découlent plusieurs activités qui conduiront aux effets (immédiats, intermédiaires), pour enfin aboutir à la réduction de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

SCHEMA DE LA LOGIQUE D'INTERVENTION



Adapté du modèle de Fournier cité par V. Ridde

III. ACTEURS ET LEUR INTERET VIS-A-VIS DE L'EVALUATION

La mise en œuvre du projet nécessite plusieurs intervenants :

Il y a en premier lieu l'équipe directive du projet, constituée par les équipes cadres des districts concernés.

Le projet est également géré conjointement avec les Directions Régionales de la Santé (DRS) concernées, sous la supervision générale du Ministère de la santé par l'intermédiaire du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

Cette équipe du projet est appuyée par un réseau de partenaires comprenant entre autres les mairies concernées, les partenaires techniques et financiers et la société civile.

Les autres acteurs sont composés des agents de santé, des agents de santé communautaire et des bénéficiaires.

Le tableau suivant présente le rôle et les intérêts de l'évaluation pour chacun de ces acteurs.

| Acteurs | Rôle | Intérêt |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PNLP / DRS | <ul style="list-style-type: none">- Financement du projet- Recrutement et formation du personnel technique- Commande des intrants- Supervision- Coordination | <ul style="list-style-type: none">- Appréciation du fonctionnement du projet- Appréciation de l'organisation des services- Identification des difficultés et contraintes liées à la mise en œuvre du projet |
| Partenaires techniques et financiers | Appui technique et financier | <ul style="list-style-type: none">- Appréciation de la gestion et de l'utilisation des ressources- Appréciation du fonctionnement du projet |
| Equipe cadre de district | <ul style="list-style-type: none">- Gestion/administration du projet- Mise en œuvre du projet- Supervision- Suivi-évaluation | <ul style="list-style-type: none">- Appréciation de l'organisation et du fonctionnement du projet- Appréciation de la gestion des ressources- Identification des difficultés et contraintes dans la mise en œuvre du projet |
| Collectivité locales et organisations de la société civile | <ul style="list-style-type: none">- Participation à la gestion du projet- Participation à la mise en œuvre du projet | <ul style="list-style-type: none">- Efficacité de leur implication dans le processus de mise en œuvre du projet- Amélioration de la qualité des interventions des OBC |
| Agents de santé / agents de santé communautaires | <ul style="list-style-type: none">- Mise en œuvre du projet | <ul style="list-style-type: none">- Amélioration des conditions de travail- Identification des besoins de formation- Renforcement des compétences |
| Bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none">- Utilisation des services- Collaboration | <ul style="list-style-type: none">- Amélioration de la qualité des services offerts- Prise en compte des besoins des bénéficiaires |

IV.

V. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation poursuit les objectifs suivants :

- Identifier les ressources mobilisées dans le cadre de l'intervention ;
- Identifier les ressources absorbées dans le cadre de l'intervention ;
- Identifier les services effectivement produits et rendus accessibles aux populations cibles ;
- Apprécier la qualité des services offerts ;
- Apprécier le niveau de mise en œuvre des interventions prévues ;
- Déterminer le profil des ASC formés ;
- Déterminer le nombre d'enfants pris en charge à domicile par les ASC formés ;
- Identifier les difficultés liées à la mise en œuvre du projet ;
- Formuler des recommandations.

VI. METHODOLOGIE

5.1. Population cible

La population cible de cette évaluation se compose comme suit :

- Les agents de santé communautaires : ils se composent d'agents de santé villageois (ASV) et d'accoucheuses villageoises (AV) ;
- Les infirmiers chefs de poste (ICP) ;
- Les médecins chefs des districts ;
- Les responsables du projet PECADO du paludisme simple (Programme National de Lutte contre le Paludisme, acteurs de la société civile).

5.2. Echantillonnage

Au regard de la modestie des ressources consacrées à cette étude, notamment à la collecte des données, nous procéderons à un échantillonnage raisonné pour le choix des participants à l'étude.

Ainsi nous nous entretiendrons avec :

- ◆ le premier responsable du projet PECADO du paludisme simple par les agents de santé communautaires avec les ACT;
- ◆ le Médecin-chef de chaque district où le projet intervient ;
- ◆ le 1/10 des Infirmiers chefs de poste des trois districts, répartis proportionnellement au nombre de CSPS de chaque district sanitaire. Ces ICP seront tirés au hasard à partir de la liste exhaustive des CSPS du district;
- ◆ le 1/10 des 660 ASC qui devraient être formés dans le cadre du projet. Cet échantillon sera réparti proportionnellement au nombre de villages couverts par chaque district.

5.3. Echantillon

Au regard de ce qui précède, l'échantillon se présente comme suit :

| CIBLES | EFFECTIFS | | | TOTAL |
|---------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|-------|
| | DS/Kaya | DS/Nouna | DS/Saponé | |
| Responsables du projet PECADO du paludisme simple | | | | 01 |
| Médecins chefs de district | 01 | 01 | 01 | 03 |
| Infirmiers chefs de poste | 05 | 04 | 02 | 11 |
| Agents de santé communautaires | 30 | 28 | 08 | 66 |

5.4. Considérations éthiques

Pour la réalisation de cette évaluation, nous avons respecté un certains nombre de principes directeurs de l'AFrEA (Association Africaine d'Evaluation). Ainsi, une demande d'autorisation d'enquête a été adressée aux autorités administratives et sanitaires des régions de la boucle du Mouhoun, du Centre-sud et du Centre-nord, ainsi qu'aux Médecins chefs des districts sanitaires de Kaya, Nouna et Saponé. Tout au long du processus, le respect des droits des acteurs a été privilégié. Les interviewés ont été rassurés qu'aucune autre personne n'aurait accès à leurs réponses et que leur identité ne serait révélée ; du reste, les questionnaires portaient un code numérique. Il a été également expliqué aux répondants les objectifs de l'étude afin d'obtenir leur consentement éclairé. Aussi, avons-nous veillé au respect des valeurs culturelles et religieuses des groupes à enquêter.

5.5. Techniques de collecte, outils de collecte, sources de données, types de données et méthodes d'analyse

| Objectifs d'évaluation | Questions d'évaluation | Variables | Techniques de collecte | Outils de collecte | Sources de données | Types de données | Méthodes d'analyse |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identifier les ressources absorbées dans le cadre de l'intervention. | Quelles sont les ressources qui ont été absorbées dans le cadre de l'intervention ? | <ul style="list-style-type: none"> - Res. humaines - Res. financières - Res. matérielles | <ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Grille de lecture - Guide d'entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Documents techniques du projet - Les responsables du projet - les MCD | <ul style="list-style-type: none"> - Données secondaires - Données primaires | <ul style="list-style-type: none"> Analyse quantitative (statistiques descriptives) Analyse qualitative |
| Identifier les services effectivement produits et rendus accessibles aux populations cibles | Quels sont les services effectivement produits et rendus accessibles aux populations cibles ? | <ul style="list-style-type: none"> - Les services produits - Les services accessibles aux pop. cibles | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Guide d'entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Les responsables du projet - Les MCD - Les ICP - Les ASC | <ul style="list-style-type: none"> - Données primaires | <ul style="list-style-type: none"> Analyse qualitative |
| Apprécier la qualité des services offerts | Quelle est la qualité des services offerts ? | <ul style="list-style-type: none"> - Formation ASC - Qualification du formateur - Supports de formation utilisés - Procédure d'approvisionnement des ASC en ACT - Supervision des ASC par les ICP | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Guide d'entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Les MCD - Les ICP - Les ASC | <ul style="list-style-type: none"> - Données primaires | <ul style="list-style-type: none"> Analyse qualitative |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|
| Apprécier le niveau de mise en œuvre des interventions prévues | Quel est le niveau de mise en œuvre des interventions prévues ? | - Nombre de districts couverts - Nombre d'ASV formés - Nombre d'AV formées - Nombre d'ASC formés | - Entretien | - Questionnaire | - Les responsables du projet - Les MCD | - Données primaires | Analyse quantitative (statistiques descriptives) |
| Déterminer le profil des ASC formés | Quelle est le profil des ASC formés ? | - Caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des ASC formés | - Entretien | - Questionnaire | - Les ASC | - Données primaires | Analyse quantitative (statistiques descriptives) |
| Déterminer le nombre d'enfants pris en charge à domicile par les ASC formés. | Quel est le nombre d'enfants qui ont été effectivement pris en charge à domicile par les ASC formés ? | Nombre d'enfants pris en charge Nombre d'enfants référés Nombre d'enfants reçus/nombre d'enfants référés Nombre d'enfants DCD/nombre d'enfants référés | - Entretien -Revue documentaire | - Questionnaire -Fiche de collecte | - MCD - cahiers ou rapport des ASC | - Données primaires | Analyse quantitative (statistiques descriptives) |
| Déterminer le gain de temps par les agents de santé à cause de la PECADO | Quel est le temps gagné par les AS ? | Temps moyen pour une PEC d'un cas Nombre d'enfant vus par les ASC pondérés par le taux de fréquentation des FS avant la PECADO | Entretien Revue documentaire | Questionnaire Fiche de collecte | | | |



VII. RESULTAS DE L'EVALUATION

Les résultats de l'évaluation seront présentés selon le plan suivant :

- Le profil des enquêtés ;
- Les activités réalisées dans le cadre du projet ;
- Niveau de mise en œuvre des interventions et qualité des services produits
- Les effets du projet.

6.1 Profil des enquêtés

Dans le cadre de notre enquête, nous avons pu nous entretenir avec 66 Agents de santé communautaires (ASC). Parmi ceux-ci on dénombrait 41 agents de santé villageois (ASV) et 25 accoucheuses villageoises (AV). Ces répondants étaient répartis comme suit dans les trois districts : 08 à Saponé, 28 à Nouna et 30 à Kaya.

6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

6.1.2 Parmi les répondants, 35 étaient de sexe masculin contre 31 de sexe féminin. Leur âge variait entre 27 et 75 ans avec une moyenne de 45,39 ans. La plupart d'entre eux était en union. Caractéristiques socioéconomiques des enquêtés

La majorité des enquêtés étaient des cultivateurs (pour les hommes) et des femmes au foyer. Ils utilisaient principalement le vélo comme moyen de déplacement. Quelques uns parmi eux utilisaient une mobylette ou marchaient à pieds.

Nos résultats indiquent que 8 répondants avaient le niveau secondaire. Les autres avaient le niveau primaire au plus. Aussi, il existait encore quelques uns qui n'avaient pas reçu une formation sur la PECADO du paludisme simple

6.2 Activités réalisées dans le cadre du projet

Plusieurs services ont été produits dans le cadre du projet et ont été rendus accessibles aux populations cibles de l'intervention. Ces services (activités) sont les suivants : formation, supervision, distribution des documents guides, approvisionnement en ACT, prise en charge du palu simple, élaboration et transmission de rapports

6.2.1 Formation

La formation des acteurs sur la PECADO du paludisme avec les ACT s'est déroulée en cascade :

Formation des leaders régionaux : cette formation a été organisée à Ouagadougou par le Programme national de lutte contre le paludisme en 2009. Il s'est agi de former des représentants d'organisations de la société civile qui seraient désormais les points focaux de la PECADO du paludisme simple au niveau régional.

Formation des pools chargés de la PECADO au niveau des districts : à la suite de la formation des leaders régionaux, celle des pools chargés de la PECADO du paludisme simple au niveau des districts a été organisée. Ces pools formés seraient les points focaux de la PECADO du paludisme simple avec les ACT au niveau des districts (équipe cadre de district).

Formation des ICP : la formation a également concerné les Infirmiers chefs de poste dans les districts d'intervention du projet. Tous les ICP ont été formés dans les trois districts.

Formation des agents de santé à base communautaires : la formation des acteurs a concerné également les Agents de santé communautaires (ASC), qui sont les acteurs à la base. A ce titre 660 agents ont été formés selon le responsable PNLP .

6.2.2 Supervisions

Nos résultats indiquent que des supervisions formatives étaient réalisées à l'endroit des ASC dans tous les districts, comme le confirme cet ASC : « *Nous sommes supervisés chaque mois par l'ICP de notre CSPS...* ». Cependant, d'un district à l'autre, la périodicité de ces supervisions variait (mensuel, trimestriel).

6.2.3 Distribution des documents guide de la PECADO du paludisme simple

L'évaluation a permis de constater la disponibilité des documents suivants au niveau des ICP :

- Le manuel de référence
- Le manuel du formateur
- Le manuel du participant

Au niveau des ASBC (agents de santé à base communautaire), on a noté la présence uniquement du manuel du participant, comme document guide de la PECADO du paludisme simple. Il faut noter que les fiches de collecte des données sanitaires sont annexées à ce manuel.

6.2.4 Approvisionnement des ASC en ACT

L'approvisionnement des ASC en ACT se faisait selon le circuit suivant : les commandes des ASC étaient intégrées à la commande MEG des CSPS. Ainsi, les agents de santé communautaires faisaient leurs commandes à partir du dépôt MEG du CSPS dont ils relevaient, comme le souligne cet autre ASC : « *Je fais mes commandes de médicaments au CSPS...* ». Aucun autre circuit d'approvisionnement n'avait été signalé nulle part dans les trois districts pilotes.

6.2.5 Prise en charge des cas de paludisme simple

La prise en charge des cas de paludisme simple est assurée surtout par les ASV. Les AV pour la plupart, ne prennent pas en charge le paludisme simple à domicile, bien qu'elles soient aussi formées pour cela. A la question de savoir pourquoi elles ne mettent pas en œuvre la PECADO, elles répondaient comme cette AV du district sanitaire de Saponé : « *Dans le village, moi je m'occupe des femmes enceintes. C'est l'ASV qui fait les soins aux autres malades. Quand une femme enceinte se présente à moi pour fièvre, je la réfère immédiatement au CSPS....* »

On a également remarqué la présence d'un projet (Save the children) dans le district sanitaire de Kaya. Ce projet permet une prise en charge **gratuite** des maladies chez les enfants de moins de 5 ans (dont le paludisme simple) au CSPS. Ce faisant, les communautés ne font plus assez recours aux ASC pour des demandes de soins, comme nous l'explique cet ASV du district sanitaire de Kaya : « *Depuis que l'autre projet est là, les gens ne viennent plus nous consulter. Ils préfèrent aller directement au CSPS car là-bas c'est gratuit alors que chez nous il faut payer.....* ». Dans ce district tout particulièrement, la prise en charge à domicile du paludisme simple par les ASC n'est pas effective.

6.2.6 Système d'information sanitaire

Les ASC élaborent mensuellement des rapports sur leurs prestations qu'ils remettent à l'ICP du CSPS dont ils relèvent. Cet ASV du district sanitaire de Nouna nous donne plus de détails sur les informations contenues dans ce rapport : « *Nous transmettons chaque mois des informations au major de notre CSPS. Ces informations concernent entre autres, le nombre de cas traités, le nombre de cas grave référés, le nombre de femmes enceintes référées.....* » Ces informations sont ensuite acheminées au niveau du district où elles sont compilées.

6.3 Niveau de mise en œuvre des interventions et qualité des services

6.3.1 Niveau de mise en œuvre des interventions

Tous les axes stratégiques du projet étaient mis en œuvre dans les districts d'intervention du projet à l'exception de Kaya où la prise en charge à domicile du paludisme simple n'était pas mise en œuvre. Cette situation s'expliquerait par la présence d'un autre projet (Save the children) qui subventionnait les soins des enfants de moins de 5 ans dans toutes les formations sanitaires.

Pour ce qui concerne par exemple la formation, le PNLP dit que 660 ASC avaient été effectivement formés en 2009 et se répartissaient comme suit dans les trois districts pilotes :

- District sanitaire de Kaya = 280
- District sanitaire de Nouna = 300
- District sanitaire de Saponé = 80

6.3.2 Qualité des services

Nos résultats indiquent que la formation des ASC avait été assurée par les ICP (souvent assistés par les points focaux des districts), conformément au document du projet. Les supervisions des ASC étaient également assurées par les ICP conformément au texte du projet, comme nous l'explique ce MCD : « *Les formations des ASC ont été assurées par les différents ICP que nous avons formés. Ce sont donc les ICP qui se sont chargés à leur tour de former les ASC et de les superviser...* ». De ce point de vue, on pourrait donc dire que les normes de qualité en ce qui concerne la formation et la supervision des ASC, ont été respectées.

La qualité de la prise charge du paludisme par les ASC était diversement appréciée par les ICP. Elle est tributaire non seulement de la maîtrise du protocole de prise en charge communautaires du paludisme simple par les ASC, mais aussi de la motivation des ces acteurs à donner le meilleur d'eux-mêmes, explique cet ICP : « *Il existe beaucoup d'insuffisances dans la prise en charge car certains ASC ne maîtrisent pas tous les signes du paludisme. Ils utilisent aussi abusivement les ACT...* ».

Selon d'autres répondants, les ASC n'ont pas un niveau d'instruction satisfaisant, si bien qu'ils ne comprennent pas assez bien le manuel de prise en charge. Les posologies ne sont pas très souvent adaptées aux âges des clients et cela pourrait provoquer des résistances, comme nous l'explique ce MCD : « *Pour les ASC alphabétisés ou instruits, le protocole est souvent*

respecté ; mais les non instruits appliquent le traitement selon leur convenance personnelle et cela pourrait entraîner des résistances.... »

6.4 Nos résultats indiquent également des ruptures récurrentes en ACT chez les agents de santé communautaires. Ces ruptures, compromettent sérieusement la prise en charge des cas. Effets du projet

6.4.1 Nombre d'enfants pris en charge

Ce sont au total **3895** enfants qui ont été pris en charge en 2012 dans les districts sanitaires de Nouna et de Saponé. Le district sanitaire de Kaya ne disposait pas de données du fait que les populations font directement recours aux services de santé où les soins sont gratuits pour les enfants de moins de 5 ans.

6.4.2 La perception des acteurs sur la PECADO du paludisme simple

Selon les répondants, la PECADO du paludisme simple est une stratégie qui rapproche les services de santé de la communauté. De ce point de vue, c'est une bonne chose, comme nous le confie ce MCD : *« La PECADO du paludisme simple est une bonne stratégie dans la mesure où ça réduit les distances à parcourir par les populations... Cela permet une prise en charge rapide des cas et réduit les cas de paludisme grave....»*. Aussi les médicaments sont moins chers et cela pourrait diminuer la consommation des médicaments de la rue, ajoute cet ICP : *« Les médicaments sont accessibles et cela évite la consommation des médicaments de la rue... »*.

En plus, la stratégie de PECADO du paludisme simple enlève une charge importante aux infirmiers dans les formations sanitaires, avoue cet ICP : *«elle diminue notre charge de travail.... »*.

En revanche, certaines populations n'ont pas encore confiance à la capacité des ASC à prendre en charge des malades, déplore cet ASC : *« Certaines personnes doutent de nous. Ils pensent qu'on ne connaît pas suffisamment le travail, étant donné que nous n'avons pas fait une école de santé.... »*.

VIII. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET / DISCUSSION

A l'issue de l'analyse de nos données, on s'aperçoit qu'il existe des difficultés à plusieurs niveaux de la mise en œuvre de la PECADO du paludisme simple.

7.1 Difficultés d'ordre général

Nos résultats indiquent que certains ASC avaient un âge très avancé (75 ans). Il apparaît évident qu'à cet âge ils ne peuvent plus être efficaces sur le terrain.

Aussi, le niveau d'instruction des ASC est pour l'ensemble faible. La plupart d'entre eux a un niveau de primaire. Ceci entraîne une faible capacité des ASC dans la prise en charge des cas, la gestion des stocks et le remplissage des outils de collecte des données sanitaires.

Il ressort de cette étude que le recours aux ASC pour une demande de soins est globalement faible. Dans le district sanitaire de kaya tout particulièrement, l'intervention du projet Save the children à travers la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans handicape la mise en œuvre de la PECADO du paludisme simple.

7.2 Difficultés liées au projet

Nous notons également que non seulement les ASC sont faiblement rémunérés, mais que cette prime leur est aussi irrégulièrement versée. Ceci étant, nous notons une faible motivation des ASC pour la mise en œuvre des activités de la PECADO du paludisme simple.

Nous avons noté qu'il y avait également des ruptures récurrentes en ACT, aussi bien chez les ASC qu'au niveau du dépôt pharmaceutique du CSPS.

On note aussi un équipement insuffisant des ASC en matériel de travail (trousses de stockage des médicaments).

Nos résultats indiquent que le district n'est pas suffisamment associé à la supervision des ASC. Si cette supervision était assurée par le district, les ASC prendraient plus au sérieux leur rôle dans la mise en œuvre du projet.

IX. RECOMMANDATIONS

Au regard des difficultés identifiées plus haut, nous formulons des recommandations à l'endroit d'un certain nombre d'acteurs du projet PECADO du paludisme simple par les ASC avec les ACT.

8.1 A l'endroit des responsables du projet

- Définir de nouveaux critères de recrutement des ASC, prenant en compte la condition d'âge et le niveau d'instruction ;
- Renforcer la motivation des ASC à travers par exemple une rémunération conséquente et qui compense le temps d'absence pour ses travaux champêtres ;
- Améliorer la disponibilité des ASC au niveau des dépôts répartiteurs des districts ainsi qu'au niveau des dépôts pharmaceutiques des CSPS ;
- Organiser des formations continues sur la PECADO du paludisme simple avec les ACT au profit des ASC ;
- Promouvoir la gratuité de la PECADO du paludisme simple par les ASC avec les ACT ;

8.2 A l'endroit de l'équipe cadre du district

- Organiser des séances de sensibilisation de la population sur la PECADO du paludisme par les ASC avec les ACT ;
- Améliorer la disponibilité des ACT dans les dépôts répartiteurs des districts ;
- S'impliquer davantage dans les activités de la PECADO du paludisme simple par les ASC avec les ACT (formation, supervision)

CONCLUSION

Le projet de prise en charge à domicile du paludisme par les ASC avec les ACT a été implémenté au Burkina Faso dans trois districts pilotes en 2009. Il s'agissait des districts sanitaires de Kaya, Nouna et de Saponé.

Alors que nous sommes à la fin du projet, il a été jugé utile de faire une évaluation des différentes interventions afin d'en tirer les enseignements pour un passage à l'échelle de la stratégie.

Le présent document est ainsi le rapport de cette évaluation. Elle a porté à la fois sur les intrants, le processus et les effets de l'intervention.

Il ressort alors de cette évaluation que tous les ASC n'ont pas une bonne maîtrise des modules de prise en charge des cas de paludisme simple. Par ailleurs on a relevé des ruptures récurrentes en ACT. D'autre part, les ASC ont un faible niveau d'instruction et une faible motivation pour la mise en œuvre des activités du projet.

Au regard de ces résultats, des recommandations ont été formulés à l'endroit des acteurs pour une meilleure mise en œuvre de la PECADO/ACT

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DISTRICT SANITAIRE DE KAYA (2011) : *Plan d'action 2012*

DISTRICT SANITAIRE DE NOUNA (2011) : *Plan d'action 2012*

DISTRICT SANITAIRE DE SAPONE (2011) : *Plan d'action 2012*

GORIAN, B. (2003). « Africa Malaria report ». in Revue d'épidémiologie et de santé publique N° 5, Octobre 2004, Volume 54 : 391-488

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. (2003). *EDS BFIII chapitre 11 : Paludisme*, Ouagadougou, INSD, p. 189-202

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES : *EDS BF-MICS IV 2010*, 501p

MINISTERE DE LA SANTE. (2011). *Annuaire statistique 2010*. Ouagadougou, DGISS, 192p

MINISTERE DE LA SANTE. (2011). *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015*. Ouagadougou, PNLP, 171p

ROLL BACK MALARIA. (2005). *Plan stratégique mondial : Faire reculer le paludisme 2005 – 2015* ». Genève, OMS, 52 p.

ROLL BACK MALARIA. (2006). *Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (STP) 2 au 4 mai 2006, Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010 : Point sur la lutte contre le paludisme en Afrique*. Abuja, UA, 40p

RIDDE, V. et DAGENAIS C. (2010). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Burkina Faso, Harmattan, 358p

Kouyaté, B., & Nana, V. (2010). *Policy brief on improving access to artemisinin-based combination therapies for malaria in Burkina Faso. International journal of technology assessment in health care*, 26(02), 233-236.